Rok LI. Kraków, dnia 24. sierpnia 1912. Nr 34

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Przytoczę tutaj ciekawe badania Gála z instytutu bakteryologicznego w Peszcie. Gál, zgodnie z badaniami Asłanowa i Miecznikowa, stwierdził, iż różne drobnoustroje potęgują jadowitość l. durowego; szczególniejszą zaś właściwością pod tym względem odznacza się grzybek »torula rosea«, gatunek drożdży.

Wstrzykując królikom mieszaninę hodowli l. durowego z torula rosea, Gál wywoływał śmiertelne zakażenia. Pośmiertne badanie wykazało: przekrwienie jelita czczego, obrzmienie i owrzodzenia kęp Peyera, obrzmienie gruczołów krezkowych i śledziony. Z różnych narządów można było wyhodować l. durowe. Surowica tych zwierząt zlepiała l. durowe w stosunku 1:20. U zwierząt kontrolnych, zakażonych wyłącznie przez l. durowy, zmian anatomo-patologicznych nie wykryto. Bardzo jest prawdopodobne, pisze Gál, że i u człowieka w durze istnieje podobna symbioza, gdyż drożdże można znaleźć w obfitości w kale durowych, gdy u zdrowych ich brak. Stąd Gál wnosi, że obecność wielkiej ilości grzybków drożdżowych w jelitach ludzkich stwarza pewne usposobienie do zapadnięcia na dur brzuszny.

Zachodzi pytanie, w jaki sposób powstaje podobne usposobienie? W doświadczeniach swoich Gál nie mógł stwierdzić, by drożdże bezpośrednio potęgowały jadowitość l. durowego. Dalsze badania naprowadziły go na myśl, że spotęgowanie jadowitości następuje pod wpływem innych czynników, a mianowicie przez pośrednictwo l. okrężnicy, albowiem l. okrężnicy pod wpływem drożdży silniej się rozmnaża i wytwarza w wielkich ilościach antytrypsynę, która niszczy zabójczy wpływ trypsyny na l. durowego w ustroju ludzkim. Gál próbował leczyć króliki, zakażone durem, trypsyną i stale je mógł uchronić od pewnej śmierci z duru. Badania ciekawe i warte sprawdzenia!

Przy dzisiejszym jednak stanie naszej wiedzy dowody, żądane przez Kocha, są zbyteczne. Zakażenie bowiem wywołuje we krwi człowieka, jako też i zwierzęcia użytego do doświadczenia pewne zmiany, które niewątpliwie przemawiają za swoistością chorobotwórczego pasorzyta.

Do nich należą:

1) Zlepianie się laseczników (aglutynacya).

Wiadomo, iż krew ludzka posiada silne własności bakteryobójcze względem l. durowych z jednej strony, z drugiej zaś własności zlepiające.

Zjawisko powyższe polega na tem, iż laseczniki, ulegające zlepianiu, tracą początkowo dowolne ruchy, a następnie skupiają się w grudki. Surowica uodpornionych ludzi, którzy przeszli dur brzuszny, lub też zwierząt szczepionych l. durowym, posiada te własności w wysokim stopniu.

Pomiędzy surowicą zdrowych a uodpornionych zachodzi różnica ilościowa. Druga zlepia l. durowe nawet w bardzo silnych rozcieńczeniach 1:5000, pierwsza zaś najwyżej 1:80. Mianem surowicy (Titer) nazywamy to najsilniejsze rozcieńczenie, które jeszcze zdoła wywołać zlepienie. Im dłużej i ciężej przebiega zakażenie w danym ustroju, tem wyższem jest miano surowicy. W niektórych przypadkach jednak ilość aglutynin nie odpowiada ciężkości przebiegu. Stwierdzono, iż surowica durowych posiada własności zlepiające i względem gatunków pokrewnych l. durowemu, jakoto: l. okrężnicy, l. paratyfusowe, b. enteritidis Gärtneri i t. p. z grupy okrężnicowych. Zjawisko powyższe nazywamy »odczynem gatunkowym« (Gruppenreaction). To znaczy, iż w surowicy durowych wytworzyły się różne ciała o własnościach zlepiających. Laseczniki durowe posiadają bowiem w sobie ciała (antygeny), wspólne dla swego gatunku czyli rasy, a nadto znamiona osobnicze, oryginalne, wyłącznie właściwe durowi. Antygeny te wywołują powstawanie szeregu niweczników (Antikörper): a) rasowych czyli gatunkowych, jako wyraz odczynu na działanie antygenu rasowego, i b) swoistych, osobniczych, przeciwdurowych, jako wyraz odczynu na działanie antygenu durowego.

Można się o tem łatwo przekonać przy pomocy metody Castellaniego. Mieszamy surowicę badaną z hodowlą pokrewnych durowi laseczników. Wtedy te ostatnie pochłaniają swoiste dla siebie aglutyniny, pozostawiając nietkniętemi aglutyniny durowe.

Przesącz z tej mieszaniny zdolny jest zlepiać jedynie swoiste dla siebie l. durowe, lub też odwrotnie, gdy surowica pochodzi od paratyfusowych i t. p.

Zjawisko zlepiania wykryli Widal i Gruber. Stwierdzili też, że odczyn powyższy występuje w durze naj-

wcześniej 8. dnia choroby, niekiedy w 2. lub 5. tygodniu, czasami zaś dopiero w okresie zdrowienia. Znika po ukończeniu ozdrowienia, chociaż w niektórych przypadkach trwa miesiącami i całemi latami. To też obecność odczynu Widala nie przemawia bezwzględnie za aktualną sprawą durową. Jedynie objawy kliniczne łącznie z odczynem uprawniają do rozpoznania, lub, co pewniej, bakteryologiczne badania krwi. Należy pamiętać, iż t. zw. »roznosiciele laseczników« (Bacillenträger), t. j. osoby, które posiadają w swym ustroju l. durowe, a które duru nie przechodziły, również wykazują w surowicy swoisty odczyn.

Niekiedy l. durowe nie ulegają aglutynacyi pod wpływem surowicy uodpornionej o wysokiem mianie. Aby im przywrócić własności zlepiania się, należy je wielokrotnie przeszczepić na sztucznych podłożach. Tedy dopiero dalsze pokolenia nabierają własności aglutynacyjnych.

Wraz z kol. Chojko spostrzegaliśmy bardzo ciekawy, a odmienny od powyższych przypadek, o którym szczegółowiej zdam sprawę poniżej. Surowica naszej chorej zlepiała l. durowe laboratoryjne (w pracowniach kol. Muttermilcha i kol. Wojczyńskiego) w rozcieńczeniu 1:800, taż zaś surowica nie aglutynowała laseczników, wyhodowanych ze krwi chorej. Tedy przeszczepiliśmy wielokrotnie laseczniki wyhodowane ze krwi chorej. Otóż wyhodowane laseczniki wypróbowaliśmy co do zdolności aglutynacyjnej z własną i wysokowartościową surowicą przeciwdurową. Kol. Muttermilch przerabiał doświadczenia z czwartem pokoleniem i otrzymał wynik ujemny, Kol. Wojczyński toż samo z ósmem pokoleniem. A więc bywają szczepy durowe odporne na działanie własnej surowicy i wysokowartościowej. Szczepy te nie tracą swej odporności nawet w dalekich pokoleniach. Wogóle l. durowe tracą zdolność aglutynacyjną, gdy są hodowane na podłożach z zielenią malachitową, lub też gdy wskutek długiej obecności we krwi chorego w ciężkim i przewlekłym przebiegu oswoiły się ze środowiskiem i przywykły do niweczników surowiczych. W naszym przypadku należy przypuścić, iż brak wrażliwości l. durowego na działanie własnej i obcej surowicy zależał od wytworzenia przez tegoż lasecznika przeciwaglutynin lub agressyn, któremi się bronił od zachłanności różnorodnych niweczników.

Odczyn Widala, o czem pamiętać należy, występuje w bardzo rzadkich przypadkach cierpień niedurowych, np. w nieżytowej żółtaczce, zakażeniu odmieńcem, paciorkowcami i prątkiem ropy błękitnej. Wymaga to jednak jeszcze sprawdzenia (Schottmüller).

Wogóle panuje przekonanie, iż z ilości zawartych we krwi aglutynin nie można rokować o przebiegu choroby, gdyż n p. w durze pomimo wielkiej ilości aglutynin zejście może być śmiertelne.

2) Drugiem zjawiskiem swoistem jest t. zw. odczyn Pfeiffera.

Gdy do otrzewnej morskiej świnki wstrzykniemy pewną ilość surowicy uodpornionej, zmieszanej z pewną ilością jadowitych i żywych l. durowych, ilością o wiele przewyższającą najmniejszą dawkę śmiertelną, tedy, badając co pół godziny zawartość otrzewnej, stwierdzić możemy, iż laseczniki ruchliwe nikły, a natomiast na ich miejscu wystąpiły małe ziarenka. Zwierzęta te nie giną, zwierzęta zaś kontrolne giną przy objawach zapadu, a w otrzewnej znajdujemy żywo poruszające się l. durowe. (C. d. n.).

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17 kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Ad 4). Tu zaliczyć należy próby Pirqueta i Calmettea, rozpoznawcze wstrzyknięcie tuberkuliny, szczepienie ropy lub zmienionej tkanki na świnki morskie lub króliki. W ostatnich czasach Lasagna podał nową próbę dla ułatwienia rozpoznania gruźlicy ucha. Próba ta polega na tem, że ropa ze zwykłych zapaleń ropnych ma zdolność trawienia białka, której niema ropa gruźlicza. Zdolność ta pochodzi od działania fermentów, zawartych w leukocytach wielojądrzastych, składających zwykłą ropę. W ropie gruźliczej brak fermentów proteolitycznych. Brak zatem tej własności w ropie ucha przemawia za jej przyrodą gruźliczą.

Leczenie ma w pierwszym rzędzie zmierzać do poprawy stanu ogólnego, skrzepienia sił ustroju i podniesienia odporności. W tym celu należy posługiwać się wszystkimi tymi środkami i sposobami dyetetycznymi, higienicznymi i klimatycznymi, które polecane są także w leczeniu gruźlicy innych narządów i których przytoczenie tutaj uważam za zbyteczne. Nie ulega wątpliwości, że poprawa, tymi sposobami osiągnięta w chorobie płuc lub w gruźlicy ogólnej, wywiera bardzo korzystny wpływ również na miejscową chorobę ucha. Leczenie miejscowe w zasadzie nie różni się też od leczenia choroby ucha środkowego innego pochodzenia. Poza tem poleca się w przewlekłem ropieniu gruźliczem ucha środkowego cały szereg środków, w tem cierpieniu wskazanych, jak wkraplania zawiesiny jodoformowoglicerynowej, zasypywania jodolem, jodoformem. W nowszych czasach używa się w tym celu wioformu w proszku lub jako gazy do tamponów.

Świetne wyniki osiągnął Muck, lecząc gruźlicze ropienie ucha przez przekrwienie bierne, zastosowane zapomocą przyrządów ssących, przykładanych nad ujściem przewodu ucha zewnętrznego i nad wyrostkiem sutkowym. Guranowski widział przy powierzchownych owrzodzeniach gruźliczych błony śluzowej jamy bębenkowej dobre skutki po zastosowaniu kwasu mlecznego w słabem zgęszczeniu. U dzieci zołzowatych poleca Guranowski wlewanie balsamu peruwiańskiego do ucha. Dla oddzielenia mas serowatych poleca Schwabach karbol glicerynowy w 5% rozczynie. Haberman widział dobre wyniki po pyoktaninie. Ritter osiągnął w jednym przypadku guzków gruźliczych błony śluzowej ucha środkowego wyleczenie przez wkraplanie gliceryny wyskokowej z trójchlorkiem jodu. Voss poleca w przypadkach przewlekłych tej choroby zawiesinę tuberkulinową. W gruźlicy ograniczonej ucha galwanokauter może okazać się pożytecznym.

Doświadczenia ze wstrzykiwaniami podskórnemi tuberkuliny wypadły po największej części ujemnie, tak, że sposób ten ogólnie porzucono. To samo tyczy się nowotuberkuliny.

Gdzie występuje próchnienie kości, tam jest wskazany zabieg operacyjny. Usunięcie ogniska gruźliczego z kości skalistej może wywrzeć korzystny wpływ także na stan ogólny i przez podniesienie sił ustroju działać korzystnie również na przebieg gruźlicy innych narządów, jak tego między innymi dowodzi przytoczony wyżej przypadek Guranowskiego i następujące spostrzeżenie. W Berlińskiem Towarzystwie otologicznem Busch przedstawił 3-le-

tnie dziecko, silnie obciążone dziedzicznie, które 3 razy operowano na wyrostku sutkowym bez skutku. Drobnowidowe badanie ziarnin wykazało gruźliczą przyrodę cierpienia. Przez długi czas istniały gorączka, żółtaczka, ogólny upadek sił, biegunka, i już nie było nadziei utrzymania dziecka przy życiu, kiedy ponowna operacya odkryła ubytek w kości wielkości 5 fenigów, rozległe gruźlicze zmiany opony twardej z przetoką do mózgu. Sprawy te powoli całkiem się wygoiły i dziecko ma się dobrze.

Wszelako, gdzie ogólna gruźlica już za daleko jest posunięta i upadek sił i charłactwo do zbyt wielkiego doszły stopnia, tam należy zaniechać zabiegu operacyjnego, gdyż wtedy może on tylko przyspieszyć koniec fatalny. Tylko w tych przypadkach, w których nieznośne bóle, bezsenność, obfite ropienie, gorączka i t. p., zanadto podkopują siły chorego, operacya może pod każdym warunkiem być wskazana, choćby tylko dla złagodzenia cierpienia.

W celach zapobiegawczych poleca się operacyjne usunięcie gruźliczo zmienionych gruczołów chłonnych szyjnych i podejrzanych przerosłych migdałków podniebiennych i gardłowych (Körner). Szczególnie, jeżeli po zabiegu operacyjnym w uchu gruczoły okoliczne nie zmniejszają się same, należy je później osobno usunąć.

Przechodzimy teraz do gruźlicy innych części narządu słuchowego. W uchu zewnętrznem gruźlica może pojawiać się w 3 postaciach. Wrzody gruźlicze i gruźlica prosówkowa mogą wystąpić na skórze małżowiny i w przewodzie zewnętrznym ucha tak, jak na każdem innem miejscu powłok ogólnych. Wrzody gruźlicze w przewodzie mogą powstać przez zakażenie gruźliczą wydzieliną z jamy bębenkowej, albo przez samozakażenie, jeżeli chory palcami zanieczyszczonymi plwociną gruźliczą przy drapaniu się w ucho przeniesie tam zarazki gruźlicze.

Inną postać stanowi gruźlica ochrzęstnej (perichondritis tuberculosa auriculae, Haug). Występuje ona przeważnie u młodych osób w wieku 15—40 lat, dotkniętych gruźlicą i objawia się zaczerwienieniem, obrzmieniem i nacieczeniem całej małżowiny. Po przebiciu lub przekłuciu wydziela się brudna ropa i tworzą się przetoki, wypełnione ziarninami grzybiastemi. Chrząstka chropawa, miejscami obumarła. Mikroskopowo stwierdza się nacieki znamienne dla gruźlicy, w ropie prątki w skąpej ilości. Gruczoły chłonne okoliczne przedstawiają typowy obraz gruźlicy. Dla leczenia poleca się nacięcie, wyskrobanie ziarnin, drenowanie paskami gazy jodoformowej z balsamem peruwiańskim, wstrzykiwania gliceryny jodoformowej w chrząstkę. Gruczoły naciekłe z okolicy należy również usunąć.

Jako trzecią postać wymienić należy ograniczoną gruźlicę guzowatą. Haug opisuje 5 przez siebie spostrzeganych przypadków takich zmian w postaci mniej lub więcej opornych, twardych guzków, powoli rosnących na płatku usznym, przyczem ani na twarzy, ani na małżowinie usznej nie można było znaleść żadnego innego wykwitu ani nacieku toczniowego. Przypadki te występują pierwotnie bez gruźlicy płuc, gruczoły zaś sąsiednie zawsze są równocześnie zajęte. Podobne przypadki opisują Strauss, Urbantschitsch i inni. Rokowanie w tej postaci jest pomyślne, ponieważ jest ona cierpieniem czysto miejscowem, a przez usunięcie guzów i równoczesne wycięcie wymacać się dających gruczołów osiągnąć można zupełne i trwałe wyleczenie.

Jednakże Heinrich przytacza podobny przypadek, w którym w kilka lat po takiej operacyi nastąpił nawrót na innem miejscu małżowiny usznej.

Także Frey wyciął guz gruźliczy z płatka, który wystąpił jako nawrót wyrośli, rok przedtem operowanej przez Kaufmanna. Makroskopowo guz się składał z opornej tkanki żółtobrunatnej, mikroskopowo znaleziono typowy obraz gruźlicy z gruzełkami i tworami olbrzymimi. Gruźlicy wewnętrznej nie było, poprzedził sprawę jednak obrzęk na tej samej stronie szyi, który nacięto. Prawdopodobnie zakażenie nastąpiło przez ropę z przetoki gruczołu szyjnego.

Ciekawem i ważnem jest, że w 4 z 5 przypadków Hauga pierwsze objawy obrzęku i tworzenia się guza przyłączyły się do podrażnienia, wywołanego wprowadzeniem pierwszego kulczyka do płatka. Na podstawie tego spostrzeżenia uważa Haug tę postać za gruźlicę przez wszczepienie (Inokulationstuberkulose), powstałą przez zakażenie dziurek na kulczyki, względnie przez zranienie przy wprowadzeniu kulczyków i przez powtarzające się drażnienie tych kanalików.

W przypadkach, gdzie tego sposobu powstania nie można przyjąć, sposób zakażenia musi na razie pozostać niewyjaśniony. Do leczenia tej postaci nadaje się najlepiej wycięcie.

Błona bębenkowa prawie zawsze bierze udział w gruźlicy jamy bębenkowej. Przeważnie ulega zmianom najpierw błona śluzowa jamy bębenkowej, skąd prątki dostają się na błonę bębenkową, gdzie wytwarzają się małe, żółte gruzełki, które rozpadając się, wrzodzieją i wywołują mnogie przedziurawienia. Tak Tröltsch widział 5, Habermann 4 przedziurawień w jednej błonie bębenkowej. Po przebiciu może sprawa się wyleczyć. Takie wyleczenie widział Schwabach po wstrzyknięciu prątków Kocha. Innym razem błona jest zaczerwieniona, obrzękła, naciekła albo przedstawia się jako gładka różowa wyniosłość, wypuklona workowato do przewodu słuchowego zewnętrznego.

Błona bębenkowa może uledz zmianom także w następstwie gruźlicy sąsiednich kości czaszki, przy nieznacznem współcierpieniu jamy bębenkowej i wygoić się i zabliźnić po operacyjnem leczeniu kości. Czasem występują na błonie bębenkowej guzy gruźlicze, składające się z gruźliczej tkanki ziarninowej o typowej budowie. Postać taką, istniejącą równocześnie z guzami gruźliczymi w innych częściach ciała, opisał Preysing. Zapomocą pędzlowania 25% rozczynem kwasu mlecznego i słabego rozczynu kwasu chromowego z następowem zasypywaniem airolu osiągnął on zupełne wyleczenie.

Przypadki gruzełków na błonie bębenkowej opisali Schwartze, Gruber, Habermann, Guranowski i inni. Guranowski miał sposobność u jednego ze swoich chorych, dotkniętego gruźlicą płuc, śledzić dokładnie rozpad czterech guziczków na błonie bębenkowej i zlewanie się powstałych później przedziurawień w jeden duży otwór.

Rzadziej zdarza się pierwotna, samodzielnie powstała gruźlica błony bębenkowej bez zajęcia jamy bębenkowej. Takie przypadki opisali Schwartze i inni. Guranowski rozpoznał w jednym przypadku gruźlicę błony bębenkowej u osoby zresztą napozór zupełnie zdrowej, u której dopiero w kilka miesięcy później pojawiło się gruźlicze zajęcie płuc.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Rolly. **O oddziaływaniu surowicy krwi w stanach prawidłowych i chorobowych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 22 i 23). Dotychczas próbowano oznaczać zasadowość krwi kilkoma metodami, jak miareczkowaniem, oznaczaniem zawartości kwasu węglowego krwi, metodą wskaźników lub też zapomocą ilościowej analizy mineralnych składników krwi. O zasadowości krwi wnoszono również pośrednio z oznaczeń ciśnienia częściowego kwasu węglowego, zawartego w pęcherzykach płucnych lub oznaczając ilościowo amoniak w moczu. Metody te zdaniem R. nie są odpowie-

dnie do oznaczenia bezwzględnej wielkości zasadowości surowicy, natomiast, według autora, metoda łańcuchów gazowych (Gaskettenmetode) daje najściślejsze wyniki. Posługując się tą metodą stwierdził R., że surowica krwi ludzi zdrowych na czczo oddziałuje słabo zasadowo, u niektórych zasadowość krwi zmniejsza się po spożyciu pokarmów mięsnych, u innych pozostaje bez zmiany. W ciężkich postaciach cukrzycy zasadowość krwi waha dość znacznie, zależnie od rodzaju dyety, mianowicie jest ona większa przy spożywaniu pokarmów roślinnych, mniejsza przy dyecie mięsnej. U zdrowych i chorych stwierdzał R. zawsze w surowicy oddziaływanie zasadowe z wyjątkiem tylko śpiączki cukrzycowej. W niezbyt ciężkich postaciach cukrzycy zasadowość krwi utrzymuje się w granicach prawidłowych, w ciężkich jest bardzo nizka, jednakże nie u wszystkich chorych. Podnieść należy, że u tych chorych stopień zasadowości surowicy nie idzie w parze z wydzielaniem kwasów w moczu. Na podstawie swych badań sądzi autor, że zapatrywania tych badaczy, którzy uważają mocznicę za wyraz zatrucia kwasami, są niesłuszne, gdyż taką samą nizką zasadowość, jak przy mocznicy, wykazał także i we krwi umierających z zupełnie zdrowemi nerkami. Przy zapaleniu nerek bez objawów mocznicowych odczyn surowicy jest prawidłowy. Uderzająco wielka jest zasadowość krwi, występująca czasami u ludzi chorych na gruźlicze zapalenie opon mózgordzeniowych, jak również u ludzi cierpiących na zanik żółty wątroby i jej marskość.

Dr Sokołowski.

Grau. **Dobór chorych dla uzdrowisk ludowych.** (Beitr. z. med. Klin. 1912, V). Wobec rozwoju uzdrowisk ludowych niezmiernie ważną rzeczą jest ocena, jacy chorzy najbardziej nadają się do leczenia w zakładach. Przedewszystkiem co do wieku, to nie należy już wysyłać do takich zakładów osób powyżej 45 lat ze względu na inne powikłania (choroby serca, zwapnienia i t. p.). Nie nadają się też osoby dorosłe z wagą poniżej 50 kg., dalej ludzie stale silnie gorączkujący, mający wybitne jamy w płucach, dalej gdzie sprawa zajmuje więcej niż jeden płat płuca. Również przeciwko przyjęciu przemawia liczba tętna stale powyżej 120. Natomiast nie wyłączają przyjęcia lekkie formy jelitowe. Nie nadają się zaś do leczenia sanatoryalnego zmiany nerek, bo te wymagają raczej leczenia chirurgicznego. Przeciwwskazaniem do przyjęcia jest padaczka, psychozy, neurastenia i t. p. Gruczoły należy przed przyjęciem do sanatoryum zoperować. Nie nadaje się do leczenia w ludowych uzdrowiskach gruźlica krtani i gruźlica równoczesna z ciążą, trwającą ponad 4—5 miesięcy. A.

Gouget. **O wysadzeniu oczu przy zapaleniach nerek.** (Presse méd. 1912, Nr 2). Oddawna znane są objawy oczne, towarzyszące cierpieniom nerek, występujące bądź w postaci niedowidzenia (amblyopia) lub zupełnej ślepoty (amaurosis), albo też jako zmiany w siatkówce (wybroczyny, plamy mleczne, zwapnienie tętnic i t. p.). Autor podkreśla, że dotychczas nie zwracano uwagi na wysadzenie oczu; dopiero niedawno amerykańscy badacze zwrócili uwagę na ten objaw. Wysadzenie oczu, zwłaszcza o ile się pojawia bez powiększenia gruczołu tarczowego i przyspieszenia tętna, stanowi dość częsty objaw zapalenia nerek, najczęściej śródmiąższowego, a zwłaszcza w przypadkach ciężkich. Niekiedy bywa ono wybitniejsze po jednej stronie, czasami znowu bywa zmienne i podlega wahaniom idącym równolegle do stanu chorego, a zwłaszcza do parcia tętniczego i objawów zatrucia ustroju. Stąd powstały dwie teorye, z których jedna (Thayer) uważa wysadzenie oczu wyłącznie za wyraz wzmożonego parcia, druga zaś (Barker i Hanes), za którą się autor oświadcza, uważa zarówno wzmożone parcie jak i wysadzenie oczu za wyniki zatrucia toksynami, działającemi za pośrednictwem nerwu współczulnego na włókna mięsne naczyń i na mięsień gładki Müllera, który przez swój skurcz ma wywoływać wysadzenie oczu. Autor sądzi, że jednem z ciał toksycznych, działających w podobnych przypadkach, jest adrenalina, której nadmiarowi we krwi zawdzięczają swoje powstanie wzmożone parcie i wysadzenie oczu, a to zarówno w chorobie Basedowa, jak i w zapaleniach nerek. Dr Blassberg.

Bernard i Baron. **O znaczeniu prognostycznem skórnego odczynu tuberkulinowego u dorosłych.** (Presse méd. 1912, Nr 48). Autorowie na podstawie 240 przypadków dochodzą do wniosku, że odczyn skórny Pirqueta stanowi objaw prognostyczny ważny i często wymowniejszy, aniżeli dane kliniczne, któremi rozporządzamy. Nie pozwala on wprawdzie przewidywać nagłych powikłań lub schorzeń, przypadkowo mogących się dołączyć, jak np. krwotoków, lecz wskazuje na charakter cierpienia i samoobronę ustroju. W zasadzie silny i wybitny odczyn skórny napotyka się w przypadkach gruźlicy małego natężenia, w których samoobrona ustroju jest dobra, a rokowanie korzystne. Odczyn średniego stopnia utrzymujący się stale przy próbach wielokrotnie powtarzanych pojawia się u chorych, którzy dość dobrze znoszą chorobę, często nawet znacznie posuniętą. Natomiast odczyn słaby, albo też taki, który wprzód był wybitny, a potem osłabł, nakazuje rokować jak najgorzej. Wszyscy chorzy, u których stwierdzono taki odczyn, ulegli cierpieniu. Również niezawodnym znakiem jest zupełny brak odczynu, dowodzący niezbicie, że chory, dotknięty gruźlicą, skazany jest na pewną śmierć. Odczyn skórny małe ma znaczenie u osób wyniszczonych, natomiast ma wielką wartość w początkach gruźlicy, kiedy znaki kliniczne nie dostarczają dostatecznej podstawy do rokowania. Przy gruźlicy daleko posuniętej odczyn ten umożliwia ocenę, czy sprawa przebiega powoli i długo się będzie ciągnąć. Natomiast zupełnie nie można wysnuwać żadnych wniosków prognostycznych z tego odczynu u osób, leczonych tuberkuliną lub surowicami przeciwgruźliczemi.

Dr Blassberg.

Neurologia i psychiatrya.

Berezowskij, Suchow i Tarasiewicz. **Przyczynek do operacyjnego leczenia padaczki Kożewnikowa.** (Z kliniki chirurgicznej profesora Berezowskiego w szpitalu Szeremetiewa w Moskwie). W 1894 r. prof. Kożewnikow opisał na podstawie obserwacyi 4 chorych nową postać padaczki korowej. Oprócz typowych objawów Jacksonowskiego zespołu dawały się mianowicie zauważyć w okresach międzynapadowych stałe kloniczne drgawki w tych samych kończynach, w których widziano je podczas napadów. Kożewnikow upatrywał anatomiczną przyczynę tego obrazu chorobowego w ośrodkach ruchowych, przypuszczając, iż w większości przypadków chodzi w takich razach o zapalenie mózgu (encephalitis) z następowem stwardnieniem (sclerosis), chociaż nie przeczył, że przyczyną mogą tu być również wągry, nowotwory itp. sprawy. Kożewnikow nazwał opisaną przez siebie postać chorobową »epilepsia corticalis continua«. Później na wniosek Fiłatowa zaczęto ją nazywać« padaczką Kożewnikowa«. Od r. 1894 opisano tylko 20 przypadków tej postaci. W nierosyjskiej literaturze mało się wogóle o niej mówi ze względu na to, że przypadki takie bywają opisywane pod innemi nazwami. Przytem dotychczas nieogłoszono ani jednego przypadku z oględzinami pośmiertnemi. Natomiast opisano 4 przypadki, leczone operacyjnie, z mniej, lub więcej pomyślnym wynikiem. Szczególnie pouczający jest przypadek, podany przez Osokina, którego chory cierpiał na »meningoencephalitis chronica« (badanie drobnowidowe cząstki kory mózgowej, wyciętej z okolicy ośrodka prawej górnej kończyny). W pracy swej autorowie opowiadają historyę chorego, który przed 9 laty, mieszkając w nizkiej izbie, z jeszcze niższemi drzwiami, doznawał częstych urazów w lewą ciemieniową okolicę głowy. W rok potem wystąpił napad drgawek z utratą przytomności i bólem głowy. W następnym roku podobne napady powtarzały się 3-krotnie, poprzedzone powiewem (aura) w postaci mrowienia w prawej

ręce. W ciągu 2 lat nie było napadów, 6 lat temu 3 napady w ciągu jednego tygodnia, przyczem drgawki, zaczynając się od palców prawej ręki, rozprzestrzeniały się następnie na mięśnie pięści, oraz na prawą dolną kończynę. Utrata przytomności. Po napadzie chory przez jakiś czas źle mówił. Później napady się przerwały, pozostał tylko ból głowy w okolicy ciemieniowej, zjawiający się napadowo. W lutym 1910 r. znowu napad z utratą przytomności, potem drugi, słabszy. Od tego czasu bole głowy zmuszające chorego często do leżenia w łóżku. W październiku rozpoczęły się nieustanne kloniczne drgawki w prawej górnej kończynie tak, że żona chorego dzień i noc musiała trzymać go za rękę, gdyż to uspokajało drgawki, które w przeciwnym razie miały skłonność do przechodzenia w napad ogólny o typie padaczkowym. Stan psychiczny pozostał prawidłowy. Przy przyjęciu chorego do szpitala stwierdzono prócz wyżej opisanych stałych drgawek w mięśniach palców, pięści, przedramienia a niekiedy też ramienia, osłabienie ruchowe w wyżej wspomnianych mięśniach (dynamometr 0), wzmożenie odruchów ścięgnistych, oraz pewne wzmożenie pobudliwości elektrycznej przy drażnieniu pni nerwowych prądem przerywanym. Zaburzeń czuciowych nie stwierdzono. Ponieważ nie było żadnych danych dla przypuszczania przymiotu, wągra, gruźlicy, ropnia, lub nowotworu mózgu, rozpoznano przewlekłe zapalenie mózgu i opon, wywołane często powtarzającym się urazem. Operacya w 2 aktach. Najprzód wyjęcie kawałka kości czaszki z nadośrodkowej okolicy zwoju centralnego, a w 9 dni później wycięcie kawałka twardej opony w tem samem miejscu. Opona była znacznie zgrubiała, tak twarda, że pod nożem wydawała chrzęst, mocno zrośnięta z oponami miękkiemi; na powierzchni jej widać było żółtawe plamy, niewyraźnie odgraniczone. Już w parę dni po wykonaniu pierwszej części operacyi drgawki ustały i więcej nie powróciły. Napady padaczkowe w ciągu 9 miesięcy (późniejszych wiadomości o chorym nie było) ani razu nie występowały, siła prawej ręki znacznie się poprawiła (dynamometr 15), stan ogólny zupełnie zadowalniający. Przypadek powyżej opisany stwierdza słuszność poglądów Kożewnikowa na siedzibę i wskazania lecznicze (zabieg operacyjny) przy obrazie chorobowym, noszącym jego nazwisko. S. Trzebiński.

M. Minkowski. **Przyczynek do fizyologii sfery wzrokowej.** (Obozr. newrol. 1911, Nr 11—12). W pracowni kliniki prof. Ziehena w Berlinie przedsięwziął autor szereg doświadczeń w celu sprawdzenia badań Munka nad sferą wzrokową psa. Według zapatrywań wyżej wspomnianego badacza sfera wzrokowa mieści się u psa na wypukłej powierzchni zrazu potylicznego, gdzie zajmuje tylną część I i II zakrętu, na środkowej jego powierzchni, gdzie sięga do sulc. splenial. i na tylnej części móżdżkowej powierzchni tegoż płatu potylicznego. W wyżej wymienionych granicach kora płatu potylicznego przedstawia dokładny rzut (projekcyę) siatkówki, przyczem dołek środkowy (fovea centralis) siatkówki odpowiada okrągłemu miejscu o średnicy 15 mm, oznaczonemu literą »A«. Zniszczenie tego miejsca po jednej stronie ma wywoływać ślepotę dołka środkowego na stronie przeciwnej, zniszczenie zaś obustronne prócz tego jeszcze także ślepotę duchową. Doświadczenia doprowadziły do następujących wyników: 1) Wzrokowo-czuciowy ośrodek mieści się w »area striata«. 2) Obok niego, w drugim zwoju wypukłej powierzchni płatu potylicznego, mieści się wzrokowo-ruchowy ośrodek dla odczynów ruchowych, wywoływanych przez wrażenia optyczne (np. ruchy nastawiające oczy na dany przedmiot, ruchy ochronne powiek, a może też niektóre ruchy tułowia i kończyn). Odnośne tory przewodzące idą od kory prosto do zwojów podkorowych. 3) Wzrokowo-czuciowy ośrodek przedstawia się jako rzut siatkówki na korę mózgową. 4) Zewnętrzna część siatkówki, odpowiadająca nosowej części pola widzenia, przesyła otrzymane wrażenia przeważnie do równoimiennej połowy mózgu, chociaż pozostaje także w związku z drugą stroną. 5) Miejsce »A« Munka nie ma przypisywanego mu przez tego autora znaczenia. 6) Zniszczenie okolicy ruchowo-wzrokowej nie pociąga za sobą zaburzeń wzrokowych, o ile nie było powikłań w innych częściach mózgu.

S. Trzebiński.

Benon. **Astenomania poudarowa.** (Revue de méd. 1911, Nr 7). Po zadziałaniu na ustrój usposobiony jakiegokolwiek bardzo silnego czynnika występuje astenia (słabość) ruchowa i psychiczna. Słabość ta stopniowo znika i w jej miejsce występuje okres podniecenia maniakalnego (hyperstenia) jako wynik wzrastania siły i czynności mięśniowej i ideowej. Tastevin opisał podobne stany asteno-maniakalne, występujące po padaczce, po urazie itd. Autor mniema, że do tego szeregu asteno-manii wtórnych zaliczyć należy asteno-manię po udarze mózgowym. Ta postać asteno-manii występuje dość często. Czynnikiem, wyczerpującym siłę mięśni i umysłu, jest tutaj udar. Jeżeli astenia zaznaczona jest dość silnie, to chory leży nieruchomo, z trudnością porusza językiem, rozmawia bardzo niechętnie lub zupełnie milczy, z trudem zbiera myśli lub wspomnienia; z objawów fizycznych zauważyć się daje zaparcie stolca. Stan taki trwa od kilku dni do kilku tygodni; chory zaczyna powracać do stanu prawidłowego, który trwa jakiś czas, a potem przechodzi w stan podniecenia maniakalnego (hyperstenii). Chory ucieka z łóżka, ma przesadne wyobrażenie o swej sile i zdrowiu; mowa szybka, zdania często niedokończone lub z sobą logicznie nie związane. Uwaga bardzo żywa i czynna. Odpowiedzi szybkie i dokładne. Chory objawia urojenia wielkości. Zwykłym stanem uczuciowym chorego jest wesołość, pomimo internowania go w zakładzie. Wybitnie także zaznacza się skłonność do wzruszeń. Słowem klasyczny obraz stanu maniakalnego o obszernej skali, od stanu hypo-maniakalnego do szału, który jednak występuje rzadko. Stan powyższy trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy i chory ostatecznie lub przejściowo powraca do stanu prawidłowego. Podkreślić należy, że chorzy miewają urojenia wielkości, jednakowoż nie mają właściwego obłędu wielkości. Urojenia te znikają wraz z objawami hyperstenii. Astenomania kończy się zwykle wyzdrowieniem, jednakowoż bywają przypadki, gdzie astenia i mania powracają, a nawet czasami towarzyszy im zupełnie wyraźnie zwiększające się osłabienie władz umysłowych.

Przytoczony przez autora opis 3 przypadków przemawia za etyologią podaną przez Tastevina. W każdym z nich można było stwierdzić wpływ jakiegoś czynnika, wybitnie wyczerpującego ustrój. Co się tyczy rozpoznania stanów tego rodzaju, to przedewszystkiem osłabienia ideacyi nie należy uważać za osłabienie zdolności umysłowych lub za zamęt. Następnie odróżniać także należy stan euforyi, towarzyszącej otępieniu (demencyi), od hyperstenii, tak samo jak niepokój i zamęt od podniecenia maniakalnego. Autor porównuje w końcu swe przypadki z podobnymi przypadkami, zaczerpniętymi z literatury i dochodzi do następujących wniosków. Astenomania poudarowa stanowi jedną grupę astenomanii wtórnych Tastevina; wobec lekkiego stosunkowo przebiegu i dobrego rokowania nie ma koniecznej potrzeby internowania chorych w zakładzie.

L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22. maja 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 130.

Prof. Browicz: **O etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego** (z demonstracyami).

W dyskusyi Prof. Kostanecki podnosi, iż należy ustalić terminologię wyrazów »jelito ślepe czy też kątnica«. Przy tworzeniu bowiem nazw powinno się używać takich

wyrazów, które się dają zastosować u wszystkich zwierząt. Jelito ślepe w postaci charakterystycznej »kątnicy« znajduje się tylko u człowieka i małp, dlatego ze stanowiska anatomii porównawczej i embryologii jedynie stosowny jest wyraz »jelito ślepe«. U noworodków i u małych dzieci wyrostek robaczkowy bywa pusty; w życiu płodowem jest wypełniony smółką. U ludzi dorosłych zmarłych wyrostek robaczkowy jest wskutek działania gazów gnilnych wypełniony treścią wpędzoną przez gazy z jelit; za życia bywa prawidłowo najprawdopodobniej pusty. Wyrostki robaczkowe mają albo szerokie światło albo też są wąskie. W pierwszym przypadku może się łatwo wyrostek wypełniać kałem, w drugim należy przypuszczać, iż treść kałowa trudniej się do wyrostka dostanie. Jelito ślepe ma zazwyczaj kształt lejkowaty. Wedle Eiselsberga, powstrzymywanie wiatrów przez ludzi inteligentnych powoduje często wypychanie kału do wyrostka robaczkowego, tem też tłomaczyćby można rzadsze występowanie zapalenia wyrostka robaczkowego u ludu. Zakażenie wyrostka robaczkowego drogą jelitową jest bezwzględnie częstsze niż drogą krwi.

Prócz tego przemawiali w dyskusyi Prof. Ciechanowski i prelegent. Zastępca sekr. dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 4. czerwca 1912 r.

1) Wiśniewski przedstawił przypadek **liszaja rumieniowatego** (lichen erythematosus); leczenie polegało na podawaniu chininy i smarowaniu w $^1/_2$ godziny potem jodyną.

2) Neugebauer: **Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate aut praesente extrauterina.** Prelegent w styczniu r. b. ogłosił drukiem 15 takich spostrzeżeń o 5 zejściach śmiertelnych. Obecnie zebrał materyał 72 spostrzeżeń odpowiednich i opierając się na nim, rozpatruje sprawę zabiegów, dla spędzania płodu dokonanych na kobietach nie ciężarnych, lub u których istniała ciąża zewnątrzmaciczna. Tych drugich przypadków zebrał autor aż 21, z tych jeden własny. Sprawa przez prelegenta poruszona dziś jest poniekąd nową, rzadko w piśmiennictwie poruszaną. Prelegent omówił nietylko stronę kliniczną sprawy, rozpoznanie, nieraz nader trudne, leczenie, rokowanie, wyniki sekcyi i t. p., lecz i stronę społeczną i sądowo-lekarską. (Praca ukaże się w druku w »Przeglądzie chirurgicznym i ginekologicznym« i w »Obradach sekcyi ginek. XI Zjazdu lek. i przyr. polskich«).

Posiedzenie kliniczne z d. 18. czerwca 1912.

1) Pechkranc: **Rozszerzenie przełyku samoistne.** Na podstawie własnych 7 przypadków i danych z piśmiennictwa podał prelegent całokształt obecnej wiedzy o tem dość rzadkiem cierpieniu. Z przyczyn wymienia urazy (fizyczne i psychiczne), zakażenia oraz zatrucia; wzmożonej pobudliwości nerwowej przypisuje niewielką rolę. Najczęściej spotykamy to cierpienie u ludzi poniżej lat 40. Patogeneza cierpienia, zdaje się, tkwi w kurczu tężcowym dolnego odcinka przełyku, trwającym przez wiele lat. Do głównych objawów należą: zaburzenia w przeprowadzaniu pokarmów do żołądka, zwracanie pokarmów i szereg zaburzeń wtórnych. W rozpoznaniu wyłączyć należy: nowotwór, zwężenie bliznowate, uchyłek i t. p. Prelegent opisuje doświadczenia, służące do określenia kurczowego charakteru przeszkody w dolnym odcinku przełyku: badanie zapomocą zgłębników miękkich, twardych rurkowych, podawanie 2 śniadań próbnych, 2 rozmaicie zabarwionych płynów i t. d.; inne doświadczenia służą do bezpośredniego wykazania obecności rozszerzenia przełyku, jego pojemności.

Prelegent omawia znaczenie rozpoznawcze badania zapomocą promieni Roentgena po wypełnieniu przełyku kaszą bizmutową; wyniki te niezawsze są stanowcze Wziernikowanie przełyku również może oddać cenne usługi; diafanoskopia niema tu wielkiego znaczenia. Rokowanie co do życia jest najczęściej dobre, co do zupełnego wyleczenia — złe; cierpienie trwa długo i przebiega ze zwolnieniami i nasileniami. Leczenie ma na celu systematyczne usuwanie zatrzymujących się w rozszerzonym przełyku resztek pokarmowych (przemywanie). Z innych zabiegów najlepiej jeszcze działa pozostawianie od czasu do czasu zgłębnika rurkowego na kilka dni w przełyku i odżywianie chorego przez ten zgłębnik. Skuteczną pomoc czasami okazują rozszerzadła. W przypadkach bardzo ciężkich pozostaje zabieg chirurgiczny, dający wyniki dość pomyślne.

W dyskusyi Tuchendler wspomina o chorym z rozszerzeniem samoistnem przełyku od 3 lat; chory ten dotychczas odżywiał się dobrze; dopiero przed 7 tygodniami wskutek postępującego wycieńczenia dokonać musiano gastroenterostomii.

2) Watraszewski: **O wartości leczniczej wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem.** Zanim nauka wypowie zdanie ostateczne o skuteczności nowych środków w walce z przymiotem, musimy w dalszym ciągu pozostać przy rtęci, którą nawet wynalazcy nowych leków zalecają stosować równocześnie. Wobec tego faktu należy zdać sobie sprawę, który z dwóch najwięcej używanych sposobów stosowania rtęci — wcierania czy wstrzykiwania — jest najodpowiedniejszym i dającym najlepsze wyniki lecznicze. Ze względu na korzyści praktyczne wstrzykiwania z biegiem czasu coraz więcej zaczęły wchodzić w użycie i są obecnie metodą dominującą nawet w tych krajach, w których leczenie wcieraniami od czasów Sigmunda było powszechnie przyjęte. Otóż doświadczenie osobiste prelegenta, nabyte w ciągu 30 lat w szpitalu św. Łazarza i w praktyce prywatnej, pozwala mu oświadczyć się za wcieraniami, aczkolwiek otrzymujemy też same lub podobne wyniki zapomocą wstrzykiwań. Najważniejszym czynnikiem, przechylającym szalę na korzyść wcierań, jest świadectwo, jakie im daje odczyn Wassermanna. Wyniki, otrzymane z jednej strony u 150 chorych, leczonych wcieraniami, z drugiej u 150 innych, leczonych wstrzykiwaniami i spostrzeganych przez prelegenta w ciągu 8 do 25 lat, wykazały: 1) u chorych leczonych wcieraniami w 85% odczyn ujemny lub prawie ujemny, dodatni zaś w 15% przypadków; 2) u chorych leczonych wstrzykiwaniami odczyn dodatni w 75%, niepewny w 10%, a ujemny jedynie w 15% przypadków.

Jeżeli wcierania nie wyrobiły sobie takiego uznania, na jakie zasługują, to przyczyny należy szukać w następujących okolicznościach:

1) Nieumiejętne lub nieodpowiednie wykonywanie wcierań; a co za tem idzie 2) występowanie objawów cierpienia rtęciowego jamy ustnej i innych ujemnych stron działania rtęci.

Obawy podobnych powikłań nie będą mieć podstawy, jeśli do wcierań będziemy się posługiwać dawkami średniemi (2,0 - 3,0 szaruchy) i jeżeli chory podczas leczenia będzie ściśle stosować przepisane mu środki zapobiegawcze, mając zapewnioną staranną uwagę i opiekę doświadczonego lekarza.

3) Opinia, jaką mają wcierania, iż są leczeniem nieestetycznem, przykrem z powodu brudzenia ciała i bielizny i uniemożliwiającem chorym leczenie się w sekrecie; istotnie używana wyłącznie dawniej oficynalna szarucha wchłania się w skórę dość trudno, pozostawia osad, przykrą woń i drażni skórę; te ujemne strony przestały istnieć prawie z chwilą zastąpienia tłuszczu przez rezorbinę i wasogen.

4) Niemożność określenia ilości rtęci, dostającej się do ustroju, w przeciwieństwie do wstrzykiwań. Z zarzutem tym liczyć się na seryo nie potrzebujemy; aby przekonać się, czy przepisane leczenie rtęciowe idzie choremu na pożytek, należy zapisywać zmiany w wadze chorego podczas trwania leczenia, obserwować stan jego ogólny; pamiętać przytem należy, że lecząc wstrzykiwaniami również nie mamy żadnej podstawy do twierdzenia, iż cała ilość rtęci

wstrzykniętej zostaje doszczętnie wessana; doświadczenie bowiem uczy, iż nieraz dzieje się przeciwnie.

Wcierania, stanowiąc doskonałą i racyonalną pod każdym względem metodę leczenia przymiotu rtęcią, zasługują na szerokie rozpowszechnienie, a nie na zaniedbanie, jak to się dzieje w czasach ostatnich, dla powodów zwłaszcza natury praktycznej, nie mających bezpośredniego związku ze stopniem racyonalności danej metody leczniczej.

W dyskusyi zaznacza Wojciechowski, że strony ujemne szaruchy w leczeniu przymiotu stały się przyczyną bardzo obszernego stosowania związków rtęci w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych. Ponieważ znane nam połączenia rtęci usuwały objawy przymiotu, nie bez podstawy więc sądzono, że wszystkie związki rtęci mogą być stosowane, byleby tylko były wprowadzone w ilości, mającej odpowiednią zawartość rtęci (0,2—0,3) i w oznaczonym czasie. Atoli przekonano się, iż wstrzykiwane sole rtęci działają niezawsze jednakowo, bez względu na to, że wprowadzano do ustroju o wiele większe dawki rtęci. U bardzo znacznej liczby chorych W., starannie leczonych wyłącznie wstrzykiwaniami, występowały ciężkie objawy przymiotu późnego, co o wiele rzadziej spostrzegał u leczonych szaruchą. Opierając się na wynikach kilku tysięcy badań metodą Wassermanna, W. dochodzi do wniosku, że wcierania szaruchy skuteczniej od wstrzykiwań śródmięśniowych związków rtęci zwalczają objawy przymiotu i z naprzemian dokonywanemi śródżylnemi wlewaniami salwarsanu dają w ciągu jednego roku takie wyniki, jakich dawniej nie otrzymywaliśmy po całym szeregu lat najstaranniejszego leczenia przeciwprzymiotowego.

Kozerski zaznacza, że prelegent, jako klinicysta-obserwator, dochodzi do wniosku, iż najwłaściwszą postacią stosowania rtęci są wcierania. Ze swej obserwacyi K. podziela ten pogląd najzupełniej; sądzi jednak, że ujemne strony wstrzykiwań i dodatnie wcierań prelegent przedstawił nieco jednostronnie. Najprawdopodobniej leki swoiste nie tyle same zabijają krętki, ile pobudzają ustrój do wzmożonego wydzielania przeciwjadów. Duża dawka działa skuteczniej, niż mała, ale jedynie do pewnego stopnia. Gdy damy dawkę nadmierną lub nie w porę, szkodzimy. Prawdopodobnie nie każdy ustrój ma jednakowe zdolności obronne i niezawsze jest jednakowo przygotowany do walki. Należy przypuszczać, że ustrój może wydać z siebie tylko pewną ilość antytoksyny w danym czasie i przez całe życie. Jeżeli w początku przymiotu mamy do czynienia z licznymi zarazkami i świeżym ustrojem, powinniśmy i możemy działać na ustrój energicznie, strzegąc się jednak nadużycia. Gdy zaś przymiot długo trawił ustrój, gdy mamy do czynienia ze zmniejszonemi siłami obronnemi, powinniśmy działać łagodnie. Do tego stopniowania dowozu rtęci niewątpliwie najlepiej nadają się wcierania. To też powinniśmy je stosować przedewszystkiem w przypadkach przymiotu późnego, zwłaszcza w razie zajęcia układu nerwowego. Natomiast w przypadkach przymiotu świeżego leczenie zapomocą wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli rtęci, w szczególności oleju szarego, może oddać usługi znakomite. Przytem tak wcierania, jak i wstrzykiwania, należy stosować umiejętnie. Wreszcie nie powinny być zarzucone wstrzykiwania soli rozpuszczalnych, kiedy działanie rtęci ma być nagłe, kiedy przymiot dotknął narządu ważnego.

Stan. Kopczyński na podstawie kilkuset spostrzeżeń nad wiądem rdzenia jest zwolennikiem wcierań.

T. Borzęcki.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Program prac II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć pomiędzy 15. a 20. grudnia b. r. w Krakowie, przedstawia się wobec zgłoszeń, jakie komitet organizacyjny dotychczas otrzymał, w sposób następujący:

I. Metoda psychoanalityczna: Prof. Bandrowski (Lwów) »Psychoanaliza wobec podstawowych teoryj psychologicznych«, St. Borowiecki (Kraków) »Psychoanaliza i jej kryterya«, L. Jekels (Bystra) »Libido sexualis a charakter i neuroza«, L. Karpińska (Zakopane) »Psychologiczne podstawy Freudyzmu«, Doc. W. Radecki (Genewa) »Pierwiastki psychologiczne w psychoanalizie«.

II. Zjawiska psychoelektryczne: Doc. W. Radecki (Genewa) »Zjawiska psychoelektryczne«, wykład z pracowni fizyologicznej Prof. N. Cybulskiego, L. Karpińska (Zakopane) »Kojarzenia łańcuchowe przy zastosowaniu prądu galwanicznego«.

III. Nowe metody badania narządu przedsionkowego: J. Berlstein (Lwów) »Badanie i funkcya błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych (część otologiczna«, Rothfeld (Lwów) »Fizyologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego«, Rothfeld (Lwów), Reich (Wiedeń) i Doc. Bárány (Wiedeń) »Wpływ wyłączenia pojedynczych części móżdżka na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego«.

IV. Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi: Doc. J. Hornowski (Lwów) »Dane z anatomii, embryologii, histologii prawidłowej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mające związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi«, Prof. L. Popielski (Lwów) »Wewnętrzne wydzielanie w świetle eksperymentów«, Doc. K. Orzechowski (Lwów) »Choroby nerwowe a wewnętrzne wydzielanie«, W. Ziembicki »Obrazy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej«, T. Simchowicz (Warszawa) »O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną«, W. Sterling (Warszawa) »Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidami«, w dyskusyi Dr Bychowski (Warszawa).

Wśród odczytów luźnych kilka poświęconych stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą: S. Kopciński (Warszawa) »O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacyi«, Doc. J. Mazurkiewicz »Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka) »O obecnym stanie psychiatryi w Ameryce«.

Z zakresu anatomii patologicznej kory mózgowej zgłosił odczyt T. Simchowicz (Warszawa) »O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie Alzheimera« i W. Grzywo-Dąbrowski (Łódź-Kochanówka) »W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (status epilepticus)«.

Szereg pozostałych odczytów luźnych przedstawia się jak następuje: Dr Sabat (Lwów) »Promienie Roentgena w usługach neurologii«, Dr Sabat (Lwów) »Wyniki rentgenologicznego badania epileptyków« (z demonstracyami), Doc. K. Orzechowski (Lwów) i Dr Meisels (Lwów) »Hematologia w epilepsyi«, T. Łapiński (Warszawa) »Padaczka a psychozy«, Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka) »Psychologia epileptyków«, W. Sterling (Warszawa) »Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu Korsakowa«, J, Feuerstein (Lwów) »Cyklotymia«, Dr Mikulski (Lwów-Kulparków) »O alkoholizmie w psychiatryi«, Doc. J. Mazurkiewicz (Kraków) »O afazyi gestowej i apraksyi«, Z. Bychowski (Warszawa) i Dr Kaumen (Warszawa) »Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia nowotworów mózgu (z pokazem preparatów)«, J. Landau (Kraków) »O kilku operowanych przypadkach guzów mózgu na podstawie materyału kliniki krakowskiej«, Prof. St. Ciechanowski (Kraków) i J. Landau (Kraków) »Meningitis cystica«, D. Flatau (Warszawa) i J. Handelsman (Warszawa) »Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgowo-rdzeniowem ze specyalnem uwzględnieniem t. zw. drętwicy karku«, M. Bornstein (Warszawa) »Badania doświadczalne i anatomo-patologiczne nad uciskiem rdzenia«, J. Rothstadt (Warszawa) »O cystologii płynu mózgowo-rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych«, W. Sterling (Warszawa) »Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami powstającemi w przebiegu szczepień Pasteurowskich«, J. Feuerstein (Lwów) »Radiculitis« St. Rosenthal (Heidelberg) »Przyczynki do badań nad histologią splotów naczyniowych mózgu«, Doc. K. Orzechowski (Lwów) i Doc. J. Hornowski (Lwów) »Mongolizm u idyotki«, Dr Demionowski (Lwów) »Znaczenie objawu Trousseau w nerwicach«.

Przypuszczać należy, że ten już dzisiaj bogaty program

Zjazdu rozszerzy się jeszcze bardziej wobec tego, że termin zgłaszania odczytów upływa dopiero z końcem września.

Komitet organizacyjny Zjazdu:
Przewodniczący: Prof. Dr J. Piltz, członkowie komitetu: Prof. Dr W. Heinrich i Dr A. Rydel, sekretarz: Dr St. Borowiecki.

Udział lekarzy polskich w międzynarodowym Zjeździe pedyatrów w Paryżu.

Przed kilku laty powstała w Paryżu myśl zawiązania międzynarodowego Towarzystwa pedyatrów (L'association de pédiatrie), mającego na celu porozumiewanie się w sprawach, tego działu nauki dotyczących, urządzanie zjazdów i t. d. Wnioskodawcy zwrócili się do wszystkich narodowości z propozycyą tworzenia sekcyi narodowych. Myśl tę przyjęto i u nas przychylnie; utworzono sekcyę polską, do której wpisało się dotychczas około 50 członków pedyatrów polskich.

W dniu 7. 8. 9. października b. r. odbędzie się w Paryżu pierwszy Zjazd międzynarodowy. Sekcya polska reprezentowana będzie na tym Zjeździe przez dwu delegatów, tj. przez Dra J. Brudzińskiego (Warszawa) i prof. Dra J. Raczyńskiego (Lwów), którym przyznano wszelkie prawa delegatów narodowości.

Znając trudności, jakie stale spotykają naszą narodowość w utworzeniu osobnej sekcyi na zjazdach międzynarodowych, należy wyrazić uznanie komitetowi urządzającemu Zjazd, ale również i złożyć dowody, że upominając się o nasze prawa, przynosimy też swoją pracę do wspólnego dorobku naukowego.

Dlatego też Zarząd Sekcyi polskiej zwraca się z gorącą prośbą do wszystkich lekarzy polskich, w szczególności do lekarzy chorób dzieci, aby zechcieli wpisywać się na członków Sekcyi polskiej międzynarodowego Towarzystwa pedyatrów, a jaknajliczniejszym udziałem czynnym w Zjeździe i zgłoszeniem wykładów złożyli dowody, że nauka polska idzie równym krokiem z postępem nauk lekarskich na zachodzie.

Jako główne tematy zapowiedziane są na obecny Zjazd: 1) anemie wieku dziecięcego, 2) ostre porażenia rdzeniowe dziecięce. Przyjęte też być mogą wykłady na temat dowolny.

Opłata członka Towarzystwa międzynarodowego pedyatrów wynosi 10 fr. rocznie, z czego 80% zostaje wniesione do kasy Towarzystwa na tegoż cele, 20% zachowane być mają na wydatki każdej sekcyi narodowej. Członkowie Towarzystwa międzynarodowego nie opłacają osobnej wkładki zjazdowej. Francuskie koleje udzieliły członkom Zjazdu znacznych zniżek cen jazdy.

Wpisywać się i zgłaszać odczyty można do 28 sierpnia u Dra Brudzińskiego w Warszawie (Włodzimierska 9), u Prof. Dra Ks. Lewkowicza w Krakowie (Krowoderska 25) i u Prof. Dra J. Raczyńskiego we Lwowie (Romanowicza 5).

†
Dr Edmund Neusser.

Dnia 30. lipca b. r. zakończył życie po długiej a ciężkiej chorobie profesor Wydziału lekarskiego w Wiedniu, radca dworu, Dr Edmund Neusser. Przez zgon tego męża nauki ponosi niepowetowaną stratę nietylko Uniwersytet wiedeński, ale zarazem i cały świat naukowy lekarski, a tem samem ponosimy ją i my, tracąc przytem w Neusserze rodaka, który swą pracą na polu nauki umiał sobie zyskać zasłużone uznanie w świecie lekarskim poza granicami naszego kraju.

Ś. p. Edmund Neusser urodził się r. 1852 w Swoszowicach pod Krakowem, gdzie ojciec Jego miał posadę w rządowych kopalniach siarki. Ukończywszy gimnazyum r. 1871 w Krakowie, wstąpił na nasz Wydział lekarski w Krakowie i przebył na nim pierwsze trzy lata, złożywszy tamże pierwsze rygorozum. W r. 1874 zamknięto kopalnie swoszowickie i ojca Jego przeniesiono do kopalni rządowych w Czechach, skutkiem czego i On sam przeniósł się na dalsze studya do Wiednia, gdzie też uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich r. 1877.

Kto znał bliżej ś. p. Neussera i stykał się z Nim częściej za Jego czasów studenckich, tego musiały uderzyć Jego zdolności, Jego pamięć, zamiłowanie do pracy i Jego niezwykła bystrość umysłowa. To też zjednał On sobie pod tym względem jak najlepszą opinię u swoich kolegów, a po odbytym egzaminie także i u swoich profesorów krakowskich. To samo było i w Wiedniu, gdzie po doktoracie pracował naprzód jako praktykant na klinice chorób wewnętrznych prof. Ducheka, a następnie jako sekundaryusz na oddziale wewnętrznym prof. Draschego, a tam nietylko u swoich szpitalnych kolegów, ale i u swoich przełożonych pod względem swej wiedzy i swych zdolności jak najlepszą sobie wyrobił opinię.

Neusser oddał się głównie studyum medycyny wewnętrznej, a do tego miał tak rozległe podstawowe wiadomości, jak się bardzo rzadko spotyka. Oprócz bowiem gruntownej znajomości przedmiotów ściśle lekarskich, jak anatomii normalnej i patologicznej, fizyologii i patologii doświadczalnej, znał On także dobrze chemię i fizykę, a przytem dobrze był obyty z mikroskopem, co Mu samodzielne studyum i badanie w każdym kierunku ułatwiało. Miarą Jego zamiłowania do nauki jest to, że chociaż po śmierci ojca pozbawiony był po uzyskaniu doktoratu wszelkiej pomocy, nie opuścił jednak Wiednia, aby módz, pracując o własnych siłach, choćby w ciężkich warunkach bytu, kształcić się dalej naukowo.

Poznano się też na Nim i przy nadarzonej sposobności powierzono Jego pieczy ciężko chorego księcia Koburg, ojca dzisiejszego króla bułgarskiego Ferdynanda, by Mu przez to przyjść z pomocą. Neusser pozostawiony tam był właściwie w charakterze pielęgnującego, który nie powinien »męczyć« chorego księcia badaniem, lecz spełniać tylko polecenia lekarzy prowadzących kuracyę, którzy od czasu do czasu wzywali prof. Bambergera na konsylium. To też Neusser mógł zaledwie ukradkiem tylko od czasu do czasu zbadać chorego częściowo tylko przez krótką chwilę i z tego dopiero mógł sobie o chorobie jego własne wyobrażenie wytworzyć. Wyzyskał On jednak wszelką po temu sposobność i poznał stan chorego dokładnie, poczem nieraz zwracał uwagę rodziny na zmiany w przebiegu choroby i zachodzące na razie niebezpieczeństwo. Te uwagi Neussera znalazły zawsze potwierdzenie tak ze strony Bambergera, jako też w dalszym przebiegu choroby, tak że Neusser zyskał sobie przez to jaknajlepszą opinię u Bambergera, któremu dotąd nie był znany, a zarazem i zupełne zaufanie u rodziny chorego. Z owego to czasu pochodzi stosunek Neussera do księcia, później króla bułgarskiego, który był szczery i ciepły, a trwał aż do śmierci Neussera, na którego pogrzebie i król Ferdynand był obecny. Miał on takie zaufanie do Neussera, że Mu później chciał powierzyć utworzenie w Sofii wydziału lekarskiego, w którymby Neusser objął klinikę wewnętrzną i w tym celu sprowadził Go do siebie po Jego ustąpieniu z asystentury na klinice wewnętrznej.

Po śmierci księcia Koburg udał się Neusser do Strassburga, gdzie obok kliniki pracował głównie w zakresie anatomii patologicznej u Recklinghausena, a następnie wyjechał do Paryża, by obok innych studyów pracować w neurologii pod kierunkiem Charcota. Po powrocie z Paryża zostaje Neusser asystentem w klinice Bambergera, gdzie pracując pięć lat, zyskuje sobie niebawem w całej pełni zaufanie swego szefa, którego później zastępuje w prowadzeniu kliniki podczas jego choroby, a następnie przez pół roku po jego śmierci. W owym to czasie zyskał sobie Neusser opinię znakomitego dyagnosty, a zyskał ją przedewszystkiem w Zakładzie anatomii patologicznej, w którym sekcye ze szpitala i z klinik wykonywano. Po ustąpieniu z asystentury spędza Neusser parę miesięcy w Sofii u księcia Ferdynanda, a po powrocie habilituje się na docenta chorób wewnętrznych w szpitalu Rudolfa, co Mu dalszą naukową pracę w dziedzinie tych chorób umożliwia. Po śmierci prof. Kahlera, następcy Bambergera, obejmuje Neusser po nim klinikę wewnętrzną jako profesor zwyczajny r. 1893 i pracuje na niej aż do ostatniego roku szkolnego tak w kierunku naukowym, jak i dydaktycznym z całą energią i zapałem.

W działalności swej na klinice zasłynął Neusser wkrótce jako znakomity dyagnosta, a zarazem jako klinicysta o głębokiej wiedzy, wielkiem doświadczeniu i nader krytycznym umyśle. Kładł On zawsze wielką wagę na to, że lekarz ma przed sobą nietylko chory narząd, ale zarazem cały ustrój, którego dokładne poznanie jest nieodzownie potrzebne. To też wkrótce po pierwszych pracach Ehrlicha zajął się Neusser gorliwie hematologią i umiał ją w celach klinicznych wyzyskać jak najszerzej. Pamiętne są mi zdawna Jego słowa, że różne leukocyty, w różnych miejscach wytworzone, spotykają się we krwi tak, jak agenci różnych firm handlowych na targu, że więc z ilości i ze stanu tych agentów o stanie firm wnosić można. W ten sposób

dokładne badanie krwi dało Neusserowi nieraz ważne wskazówki dyagnostyczne, którym zawdzięczał trafne rozpoznanie w przypadkach, które się czasem zupełnie ciemnymi wydawały. Obok studyum hematologii obeznał się Neusser dobrze i z bakteryologią, pracując w niej prawie w samych początkach jej rozwoju. Śledził też bacznie postępy w dziedzinie chemii fizyologicznej, a sprawa przemiany materyi w ustroju tak w stanie zdrowia, jak i pod wpływem czynników patologicznych żywo Go zawsze interesowała. Wykłady Jego wysoko były cenione zwłaszcza przez tych, którzy nie szukali samych elementarnych wiadomości, lecz mając już odpowiednie podstawy, potrzebowali kierunku do dalszej samodzielnej pracy naukowej. To też przedewszystkiem młodzi lekarze, pracujacy pod kierunkiem Neussera, tak za czasów Jego asystentury u Bambergera, jak i za czasów Jego prymaryatu, a potem na klinice, wyrażali się o Nim z pełnem uznaniem, a nieraz z prawdziwym entuzyazmem.

Z tego, co powyżej podano, łatwo pojąć, że Neusser, pracując tyle, szukając nowych nabytków wiedzy w tak różnych kierunkach, a po zdobyciu ich rozbierając je krytycznie i kontrolując ich istotną wartość, stwierdzając doświadczalnie słuszność własnych poglądów, a nieraz myśli na wskróś oryginalnych wielkiej wagi, musiał temu poświęcać tyle czasu, że Mu go nie wiele do pisania prac naukowych zostawało. Działał On podobnie, jak niegdyś Oppolzer a u nas Chałubiński, więcej słowem, niż piórem. Był przytem przeciwnikiem pisania o tem, o czem z całą pewnością przekonanym jeszcze nie był, a w każdej nauce rozwijającej się i postępującej zagadnienia takie się znajdą. Łatwiej w wykładzie, poruszając tego rodzaju sprawy, podnieść brak pewności i przedstawić własne mniemanie; w piśmie jednak chciałoby się już coś pewniejszego módz podać, a odczuwał to w całej pełni Neusser, będący przy wielkiej bystrości i bujnym polocie swej myśli na wskróś rzeczowym ścisłym badaczem. To też nie pisał On wiele, to jednak, co pisał, ma rzeczywistą i wielką naukową i praktyczną wartość w medycynie, jak Mu to wszyscy kompetentni w tym względzie przyznają. Do najdawniejszych prac Neussera należy studyum o pelagrze, którą umyślnie w jej ojczyźnie t. j. w Krainie i Rumunii badał. Następnie pisał w dziele zbiorowem Nothnagla o chorobach nadnercza, w »Deutsche Klinik« o kamieniach żółciowych, a prócz tego o »Angina pectoris«, »Bradycardia et tachycardia«, »Dyspnoë et cyanosis« i »Status thymicolymphaticus«. Rozpoczął też systematyczne dzieło o klinicznej symptomatologii i dyagnostyce, które jednak z powodu Jego choroby i śmierci dokończone nie zostało. Pisał też o barwikach żółci i moczu, zajmował się działaniem radu i przyczynił się wiele do uznania wartości leczniczej kąpieli w Joachimsthal. W ostatnich latach zajął się więcej gruźlicą, by szukać ratunku, zwłaszcza dla młodych ustrojów przez nią zagrożonych.

Przy całym zapale do medycyny unikał jednak Neusser prywatnej praktyki, choć ona wielkie dochody przynieśćby Mu mogła. To też jako kawaler mieszkał na końcu miasta, pod dworcem kolei południowej, gdzie już nie łatwo chory prywatny do niegoby trafił. Po ożenieniu się dopiero przeniósł się do miasta i tu jednak ograniczał swą prywatną praktykę, o ile się dało, by mieć jak najwięcej czasu do poświęcania się nauce. W wolnych chwilach grywał czasami na fortepianie, a chociaż pod tym względem był prawie samoukiem, choć tak dobrze w czasie studyów, jak i później z powodu swych zajęć mało czasu fortepianowi mógł poświęcić, to jednak i na tem polu osiągnął wielką biegłość, zwłaszcza w utworach, które lubił i którymi się całkowicie przejmował. Do Jego ulubionych należały utwory Chopina, które grywał z takiem czuciem i przejęciem, jakie nie łatwo u znacznie bieglejszych od niego w technice muzycznej spotkać było można. Była to pod tym względem dusza prawdziwie artystyczna obok umysłu niezwykle bystrego, ale zarazem trzeźwego i krytycznego w badaniach naukowych. Przytem był to charakter pod każdym względem nieposzlakowany; był to człowiek oddany nauce, żyjący nauką i zdolny do wszelkich dla nauki poświęceń. To też pozostał On po doktoracie w Wiedniu, by pracować naukowo wśród ciężkich warunków bytu, a później rezygnował z bardzo intratnej praktyki, jaką mógł mieć, byle tylko nie mieć przeszkody w pracy naukowej. W stosunku z kolegami był zawsze szczerym i serdecznym, a zarazem zawsze gotowym do rady i pomocy w razie potrzeby. To też zdobył On sobie obok uznania w świecie naukowym szczerą sympatyę u tych, co Go bliżej poznali, a wśród nich także i prawdziwych przyjaciół.

Takim był Neusser i tak pracował, dopóki Mu zdrowie pozwoliło. Z wiosną r. 1911 zaczęło się jednak u Niego rozwijać cierpienie w okolicy prawej nerki, która dawniej już była wymacalna. Niebawem rozpoznał sam swą chorobę jako raka nerki, a w październiku 1911 dokonano u Niego wyjęcia nerki prawej, doszczętne usunięcie nowotworu nie było już jednak możliwe. Po dokonanej operacyi przedstawiono Neusserowi inną, tegoż dnia wyjętą nerkę, aby w ten sposób zbić Jego rozpoznanie i nie mogąc choroby usunąć doszczętnie, wzbudzić w chorym przynajmniej dobrą nadzieję. Podobno zrazu Neusser nie chciał wierzyć, że to tasama nerka, w końcu dał się jednak przekonać, ale jak się zdaje nie na długo. Cierpienie, usunięte na razie tylko częściowo przez operacyę, postępowało dalej, wywołując wzmagające się bóle, które uśmierzać trzeba było. W końcu uległ ś. p. Neusser swemu cierpieniu 30. VII. b. r. w Fischau, niedaleko Wiednia, gdzie od dłuższego czasu po operacyi już stale pozostawał. Śmierć Jego, jako bolesną stratę odczuwają wszyscy, którzy Go bliżej znali, a przedewszystkiem ci, co z nim węzłem prawdziwej przyjaźni byli połączeni. Ogromną stratę ponosi też i cały świat naukowy lekarski, traci bowiem w Neusserze nietylko zasłużonego w nauce męża, ale zarazem męża, z którego działalności wiele jeszcze dla nauki można było oczekiwać.

Pieniążek.

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek. przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« rozpoczął ferye; w sprawach redakcyjnych zastępuje go Prof. Dr K. W. Majewski (Dunajewskiego 6).

— Prof. Dr Stanisław Ciechanowski otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. VIII. do 17. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 2 † 2), ospy wietrznej 4, płonicy 7 † 1 (3 † 2), duru brzusznego 6 † 1 (2 † —), czerwonki 94 † 9 (9 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 5. VIII. do 12. VIII. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Projekt nowej ustawy karnej wniósł rząd do austryackiej Izby panów. Projekt ten zawiera szereg postanowień, ze stanowiska lekarskiego zasługujących na uznanie. I tak za staraniem psychiatrów zdefiniowano ściślej pojęcie poczytalności; poddano postanowieniom ustawy karnej nadużycia co do pracy nieletnich robotników i kobiet; partactwo lecznicze będzie karane nietylko, jeżeli jest wykonywane jako sposób zarobkowania (erwerbsmässig), ale jeżeli jest zawodowe (berufsmässig), a takie postanowienie ustawy ułatwi walkę z niem znacznie; przymus niesienia pomocy lekarskiej o tyle będzie ograniczony, jeżeli wskutek odmowy tej pomocy wynikła szkoda na zdrowiu; obowiązek donoszenia o podejrzanych przypadkach choroby i śmierci, istniejący dotychczas w ustawie karnej, obecnie z niej usunięto.

Mianowani: Prof. Alzheimer z Monachium dyrektorem kliniki psychiatrycznej we Wrocławiu; Prof. Gaupp z Fryburga profesorem anatomii w Królewcu, Dr Sabrazès profesorem anat. patolog. w Bordeaux.

Dr Maryan Bielatowicz i Dr Wiktor Giełczyński asystentami sanitarnymi w państwowej służbie zdrowia w Galicyi.

Zmarli: chirurg doc. Zuppinger w Zürichu, laryngolog berliński Prof. Rosenberg w Szwajcaryi, okulista Prof. Eversbusch w Monachium, b. prof. anatomii i fizyologii w Lozannie Forel.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.